

【外来受診・入院予約】※結核に関する申込は別書式です。

紹介元医療機関→ 公立西知多総合病院

診療情報提供書(兼)診療予約申込書

下記の方を紹介します。

紹介元医療機関名		
フリガナ	TEL()	FAX()
患者氏名	様	男 生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日
		女
患者連絡先電話番号		

【各科外来】 受診希望科に☑してください。※「内科」は日付のみの予約になります。

予約診療科 該当科に☑してください	内	呼	消	循	腎	脳	血	内	小	外	呼	血	乳	緩	脳	整	皮	泌	産	眼	耳	形	歯	ペ	リ
	科	吸	化	環	臓	神	液	分	児	器	管	腺	和	神	形	膚	尿	婦	人	鼻	咽	成	科	イン	ウ
	科	器	器	器	内	内	内	内	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	ク	マ
	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	ク	チ
	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	ク	原
担当医希望	無 ・ 有 : () 医師																								
傷病名・紹介目的	☐ 診療情報提供書参照(一緒にFAXされる場合、☑してください) 症状・経過・薬剤アレルギー等を簡単にお知らせください。																								
添付資料	☐なし ☐あり 枚 (どちらかに、☑してください)																								

【専門外来】 希望外来に☑してください。

<input type="checkbox"/> ※ 睡眠時無呼吸症候群外来	<input type="checkbox"/> 禁煙外来
----------------------------------------	-------------------------------

※簡易検査が済んでいる患者さんが対象になります。1stチェックが必要な場合は耳鼻咽喉科の予約をお願いします。

【予約手続方法】 希望の予約方法に☑してください。 ※緊急性が高い場合はお電話ください。

第一希望 第二希望

FAXにて 月 日() 月 日() いつでも可 その他:

ご本人よりお電話 (電話予約専用の「紹介患者予約票」を患者様にお渡しいただき、予約のお電話をしていただくようお願いください。)

FAX (0562)33-0010 TEL (0562)33-9858

公立西知多総合病院 患者サポートセンター(PSC) 地域医療連携室 直通

(令和元年11月版)